

Velpeau a trouvé que sur 137 enfants nés par l'évolution spontanée, 12 seulement sont venus vivants, mais ils étaient avant terme et l'on ne sait pas si quelques-uns ont survécu.

La mortalité des enfants extraits par la version podalique est plus élevée que celle des enfants qui se sont présentés d'emblée par l'extrémité pelvienne : elle atteint le chiffre énorme de 50 %, d'après la statistique de M^{me} Lachapelle. Ce résultat s'explique par les mauvaises conditions dans lesquelles on se trouve; les eaux s'écoulent d'habitude prématurément, entraînant parfois le cordon; le col se dilate avec beaucoup de peine, souvent d'une manière incomplète; fréquemment l'accoucheur ne peut intervenir que quand le fœtus a déjà souffert depuis longtemps.

SOINS A DONNER PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Le praticien a pour devoir de surveiller les différents temps du travail, de constater si tout se trouve dans les conditions normales, de prévenir les accidents dans la mesure du possible, de les combattre s'ils se présentent. Il doit rassurer la femme, l'encourager, lui faire prendre patience, lui donner les indications de plusieurs phénomènes qui pourraient à tort l'inquiéter. Il doit prendre toutes les mesures exigées par les circonstances dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

L'accouchement est une fonction naturelle, physiologique, qui dans la grande majorité des cas s'exécute spontanément et ne réclame que des soins d'hygiène, de propreté, de sécurité. Le praticien doit éviter toute manœuvre intempestive, toute intervention inutile; il ne doit pas chercher à « faire quelque chose », dans le seul but de prouver qu'il a rendu de grands services et que sans lui tout aurait été de travers. En voulant agir à tout prix, l'on commet des bévues; on s'imagine aller plus vite, on croit hâter l'accouchement, on prétend soulager la patiente, la délivrer rapidement, et l'on n'aboutit qu'à troubler la marche régulière du travail, à irriter les parties, à amener des complications plus ou moins sérieuses.

Savoir attendre, savoir ne rien faire d'important, est toujours une grande qualité dans l'accouchement naturel. Il ne faut pas se hâter d'en finir, de débarrasser la femme, de s'en aller au plus tôt. A ce point de vue, nous pouvons dire que bien des femmes s'en seraient tirées avec bien plus d'avantage, si elles avaient accouché seules, qu'avec l'aide de praticiens trop pressés de les soulager ou de courir ailleurs.

Voilà donc un premier point très important : bien connaître la marche physiologique, ordinaire du travail et ne la contrarier d'aucune manière; n'intervenir d'une façon plus ou moins active, qu'en présence d'indications formelles et bien déterminées.

Le second point, encore plus important peut-être, consiste à éloigner toutes les causes de septicémie et particulièrement celles

qui se rapportent à l'accoucheur. Nous avons déjà traité ce sujet dans le chapitre : « Propreté, asepsie et antiseptie dans la pratique des accouchements », (page 303).

Le grand principe médical, *primo non nocere* (d'abord ne pas nuire), doit aussi être inscrit au frontispice de tous les traités d'accouchement; il doit être le guide du praticien; il doit toujours être présent à l'esprit de ceux qui approchent les femmes en couches.

Préparatifs pour l'accouchement.

OBJETS DONT L'ACCOUCHEUR DOIT SE MUNIR. — Le praticien, appelé près d'une femme en travail, doit être muni de différents objets, dont on se sert fréquemment dans les accouchements et qu'on ne trouve pas d'habitude chez les clients.

La sage-femme doit prendre avec elle : de bons ciseaux mousses, une sonde en caoutchouc avec mandrin, une sonde de femme, un thermomètre, des ligatures pour le cordon, un injecteur à réservoir (voir page 309), une poire à lavements, les médicaments usuels, c'est-à-dire des désinfectants (acide phénique ou sublimé, iodoforme en poudre fine), du seigle ergoté et du laudanum.

L'accoucheur prend son forceps et a toujours dans sa trousse de poche : une seringue de Pravaz, des aiguilles et du fil pour sutures, des ciseaux assez longs, un bistouri boutonné.

Il est évident que la sage-femme et l'accoucheur devront emporter avec eux tout objet qu'ils croiront utile ou nécessaire, soit par le fait de leurs opinions personnelles, soit pour parer aux éventualités d'un cas spécial. Ainsi certains praticiens préfèrent ausculter avec le stéthoscope, font la respiration artificielle à l'aide du tube laryngien; ils ne doivent pas oublier alors de prendre ces instruments. Il est spécialement recommandé d'avoir toujours avec soi les objets nécessaires pour tamponner : spéculum, gaze iodoformée ou ouate hydrophyle, 1 ou 2 pinces utérines.

Si l'éclampsie est à craindre, on doit préparer du chloroforme, du chloral, ou tout autre médicament que l'on a choisi. Les partisans de l'anesthésie doivent avoir de l'éther ou du chloroforme, ou du chloral. Les solutions de morphine et d'ergotine remplacent avantageusement le laudanum et le seigle ergoté. Quand on a affaire à un bassin fort rétréci, on doit se munir des instruments qui servent à diminuer le volume du fœtus. Et ainsi de suite.

Le praticien retenu pour donner ses soins à une femme pendant son accouchement, donne ses indications, afin que, au moment voulu, il trouve au domicile de sa cliente tout ce dont il pourrait avoir besoin : désinfectants, seigle ergoté, éther, eau de Cologne, injecteur, ouate hydrophile, gaze iodoformée, vaseline antiseptique. Il va inspecter la chambre où aura lieu l'accouchement et donne

les instructions nécessaires pour que tout se trouve, au moment voulu, préparé comme nous allons le dire.

CHAMBRE POUR L'ACCOUCHEMENT. — Lorsqu'on le peut, on choisit pour l'accouchement une chambre vaste, bien aérée, éloignée du bruit de la rue; les fenêtres seront garnies de stores ou de grands rideaux, de façon à pouvoir diminuer au besoin la lumière et à ne pas être incommodé par le soleil; on fait placer un thermomètre, pour régler la température, qui doit être maintenue, pendant le travail et les suites de couches, entre 18 et 20 degrés centigrades.

La chambre ne doit pas contenir trop de meubles; il faut éviter les tentures, les rideaux de lit, les vieux tapis et en général tout ce qui peut recéler des poussières, des miasmes; on doit s'en tenir au simple confortable et bannir tout ce qui est luxe ou inutile. Il est bon d'écarter les fortes odeurs et toutes celles qui peuvent être désagréables à la femme.

Lits. — Certains accoucheurs préfèrent deux lits, d'autres n'en veulent qu'un seul. Les deux méthodes ont leurs avantages et leurs inconvénients; la première nous semble beaucoup meilleure. Dans ce cas, le lit ordinaire est préparé pour recevoir la femme une heure ou deux après l'accouchement; un autre lit, appelé *lit de travail* ou *de misère*, est dressé au milieu de la chambre, de façon qu'on puisse aisément circuler tout autour.

Le lit de travail est d'habitude un lit de sangle ou de camp, garni d'une paille, d'un matelas *résistant*, d'un traversin, de coussins, de draps de lit et de couvertures; au centre, entre les draps de lit, à l'endroit où doit reposer le siège, on place une toile imperméable suffisamment large, recouverte d'un drap de lit plié en plusieurs doubles; cette précaution a pour but d'empêcher les différents liquides qui s'écoulent des organes génitaux, de transpercer les literies. L'imperméable et le linge qui le recouvre doivent être attachés, soit avec quelques points, soit à l'aide d'épingles de sûreté, afin d'en empêcher le glissement. Il est bon de placer par dessus une alèze, qu'on change quand elle est souillée. Il est utile d'avoir un petit sac de son pour mettre sous le sacrum et soulever le bassin; on voit ainsi bien mieux le périnée et on le soutient plus facilement.

On peut évidemment apporter diverses modifications au lit de travail tel que nous venons de le décrire. En tous cas, il doit être *assez élevé* (niveau de la hanche du praticien), *assez résistant* pour que le siège de la patiente ne s'y enfonce pas (ce qui empêcherait de surveiller le périnée) et *bien garanti contre les souillures*, si on ne veut pas mécontenter les clients.

Quelques accoucheurs font placer au bas du lit une planchette pour que la femme puisse y trouver dans la période d'expulsion un point d'appui pour ses pieds; d'autres recommandent de fixer sur

les côtés du lit des essuie-mains pliés en cravates, devant servir de menottes sur lesquelles la patiente tire en poussant pendant les douleurs expulsives. Souvent, les femmes préfèrent fléchir les jambes et arc-bouter leurs pieds sur les matelas; les genoux sont maintenus par un aide; de leurs mains, elles se soutiennent soit au bois de lit, soit à la paille; beaucoup aiment encore mieux se cramponner aux épaules de leur mari ou de la sage-femme, ce qui est fort fatigant pour ceux-ci; quelques-unes se contentent de saisir la main ou le poignet des personnes qui sont à droite et à gauche du lit et s'en servent comme de points d'appui.

Une couple d'heures après l'accouchement, la femme est transportée doucement sur son lit ordinaire, préalablement bassiné; ce lit a été garni, comme l'autre, pour éviter les souillures, d'une toile imperméable et d'une alèze pliée en plusieurs doubles, le tout fixé par les coins au moyen d'épingles de sûreté.

Les praticiens qui conseillent d'accoucher la femme sur son lit ordinaire, le font recouvrir de *deux garnitures imperméables*; la garniture supérieure souillée est enlevée quelque temps après la délivrance, de sorte que l'accouchée repose sur l'inférieure qui est restée propre. Ils évitent ainsi les mouvements du transport d'un lit à l'autre, qui pourraient être cause d'hémorragie, de syncope et de refroidissement. Quelques précautions faciles à prendre écartent tout danger, et nous considérons ces craintes comme absolument chimériques. A la Maternité de Liège, où les transports se font à bras d'une chambre à l'autre et souvent d'un étage à l'autre, nous n'avons jamais vu d'accident. Il est bien entendu qu'il s'agit des cas normaux et que dans les cas exceptionnels (opérations, hémorragies, etc.) on attend 12 heures, 24 heures et parfois plus encore avant de transporter la femme sur son lit de couches.

Autres objets. — La chambre doit contenir un lavabo, une table, quelques chaises. On doit avoir à sa disposition de l'eau froide, de l'eau chaude, un corps gras antiseptique, deux bassins (l'un pour se laver les mains, l'autre pour les rincer dans un liquide antiseptique), un grand seau pour y verser les eaux sales; il faut du savon, des essuie-mains, des compresses, des stimulants (vins, cognac, rhum), des ciseaux, des fils à ligatures. Il est indispensable d'avoir une cuvette de dimensions suffisantes pour y faire un bain au nouveau-né. On doit enfin avoir à sa portée tout ce qui sera nécessaire au lavage et à la toilette de l'enfant: éponge fine, huile d'olive, bande de nombril, ouate, compresses, bonnets, chemises, etc. Un bain de siège et un sac de son sont fort souvent utiles.

On désinfecte aisément les compresses, fils à ligatures, sondes, ciseaux, forceps, etc., en les faisant bouillir pendant une dizaine de minutes dans de l'eau propre simple, ou mieux, additionnée

de sel de soude (2 p. 100). Les compresses et fils à ligatures sont ensuite conservés dans l'eau sublimée à 1/2 p. 1000 jusqu'au moment de servir.

Les objets métalliques ne doivent pas être placés dans cette solution qui les altérerait ; on peut les mettre dans l'eau phéniquée, boriquée ou autre antiseptique, ou bien les envelopper dans une serviette blanche bien nette. Si l'on se sert d'éponges pour nettoyer les parties génitales, elles doivent être neuves et désinfectées. Elles sont aujourd'hui rejetées par la plupart des chirurgiens, comme trop difficiles à antiseptiser et par suite dangereuses. On les remplace par des compresses de gaze ou autres ou bien tout bonnement par des morceaux d'ouate hydrophile.

Conduite à tenir par l'accoucheur au début du travail.

Si l'on n'a pas été appelé auparavant, on fait connaissance avec la patiente, on l'habitue à sa présence, on commence par s'informer de tout ce qui peut être utile pour le diagnostic de la grossesse et du travail, pour prévoir la présentation, la marche de l'accouchement, la facilité de l'expulsion. On se fait renseigner sur les phénomènes de la grossesse et, s'il s'agit d'une multipare, sur les grossesses et les accouchements antérieurs.

Pendant ce temps, on observe la conformation, la constitution de la patiente, la fréquence des douleurs. Il est évident que si l'on connaît déjà la personne, l'interrogatoire est de beaucoup simplifié. Cependant il faut toujours adresser quelques questions et observer l'état général et local avant de procéder à l'examen.

Cet examen doit être complet, méthodique ; tous les procédés d'exploration doivent être successivement employés. On ne doit faire d'exception que pour les cas tellement urgents que l'enfant, semble-t-il, est sur le point de venir : si la force et la fréquence des contractions font supposer une terminaison aussi rapide, il faut bien toucher immédiatement pour savoir à quoi s'en tenir.

L'examen a d'abord pour but de s'assurer que la femme est enceinte, qu'elle est à terme, qu'elle est en travail.

Si invraisemblable que la chose paraisse, il peut arriver qu'une femme s' imagine être enceinte, à terme, en travail, alors que la grossesse n'existe pas. Si l'on n'a pas examiné auparavant, il est prudent de penser à la possibilité de cette éventualité.

Si la femme n'était pas à terme et si le travail paraissait peu avancé, il serait indiqué de l'enrayer par les moyens connus (laudanum, liberté du ventre, décubitus dorsal).

On constate que la femme est en travail par les contractions utérines et l'état du col (effacement et dilatation). Dans ce cas,

on devra veiller à ce que tout soit prêt pour l'accouchement, ainsi que nous l'avons indiqué précédemment.

L'examen a encore pour objet de reconnaître la présentation et la position, la bonne conformation des organes génitaux, leur degré de ramollissement et de lubrification, la dilatation du col, l'engagement de la partie fœtale. Après cet examen, les intéressés posent toujours quelques questions auxquelles il faut répondre le plus exactement et le plus adroitement possible : *l'enfant est-il bien placé ? se porte-t-il bien ? le moment de l'accouchement est-il arrivé ? tout se passera-t-il bien ? faudra-t-il encore attendre longtemps ?*

Les trois premières questions sont en général faciles à résoudre ; les deux dernières exigent des recherches plus minutieuses, plus précises et une grande habitude des accouchements ; la dernière ne peut jamais être résolue que d'une manière approximative ; cependant quand on a beaucoup de pratique et que l'on sait observer, on parvient assez exactement à prévoir, à peu près, l'heure de la délivrance. Il est toujours bon de se tenir sur la réserve et de dire par exemple : *si le travail continue aussi régulièrement et qu'il ne se présente rien de nouveau, j'estime que tout sera fini dans 5 ou 6 heures.*

L'examen permettra toujours de connaître la présentation ; le diagnostic de la position est moins urgent et pourra être remis pour plus tard, après l'écoulement des eaux, par exemple.

La santé de l'enfant est indiquée par l'auscultation. Quant au pronostic et à la terminaison de l'accouchement, on pourra les fixer avec chance de succès, en tenant compte des trois éléments qui sont en jeu pendant le travail de l'accouchement : le mobile, la force expulsive, le canal à parcourir. Tout dépend de ces trois facteurs et de leurs relations respectives ; les détails sont si nombreux, les circonstances varient tellement, les modifications sont si diverses, qu'on ne peut parler avec certaine précision ; nous signalerons seulement les points les plus saillants, les plus connus et encore *d'une façon absolument générale.*

A. — Le *mobile* est l'œuf, comprenant les membranes, le liquide amniotique, le placenta, le cordon, le fœtus. Il y a donc à envisager de ce côté : la poche des eaux, la rupture prématurée ou retardée des membranes, l'abondance du liquide, l'insertion normale ou non du placenta, les procidences du cordon et des membres, la conformation du fœtus, son degré de développement, le volume et la réductibilité de la tête, la présentation et la position, la situation de la partie qui se présente.

B. — La *force expulsive* est fournie par l'utérus et la presse abdominale. La puissance de l'utérus dépend de son organisation primitive, de son développement (à terme ou avant terme), de son

état normal ou morbide, de sa direction dans l'axe du détroit supérieur, de son obliquité plus ou moins prononcée, de la fréquence et de la régularité des contractions.

L'énergie de la presse abdominale est en rapport avec l'état général de la femme; avec sa constitution, son tempérament, son courage; avec la présence ou l'absence de tumeurs ou d'anomalies locales.

C. — *Le canal à parcourir* est constitué par des parties dures et molles. Les difficultés peuvent provenir du bassin osseux trop large ou trop étroit, trop long ou trop court, présentant un vice quelconque, une maladie des os ou des articulations.

Les parties molles doivent être envisagées de trois côtés : au col utérin, au canal vaginal, à la vulve. A ce point de vue, il faut distinguer les primipares et les multipares; chez celles-ci, les parties sont d'habitude plus larges, plus souples, plus dilatables, moins sensibles, de sorte que l'introduction de la main et des instruments est plus facile, la sortie de l'enfant plus rapide.

Chez les multipares et les primipares, il faut tenir compte de la fermeté des tissus; de la lubrification et du ramollissement du canal vulvo-vaginal; de la situation du col et de son aspect.

Dans la majorité des cas, la dilatation du col est le temps le plus long, le plus difficile; c'est le point où la résistance est la plus vive. On doit donc tenir le plus grand compte de cet élément. Voici à ce sujet quelques particularités intéressantes.

Lorsque le segment inférieur de l'utérus est presque hémisphérique, le col mince, mou, extensible, au centre du bassin, la dilatation est rapide et peu douloureuse. Quand ce segment est très abaissé, tendu et le col fortement porté en haut et en arrière, la dilatation est lente, pénible. On la facilitera, en accrochant avec l'index la lèvre antérieure pour attirer le col en bas et en avant, en ayant soin de ne pas déchirer les membranes.

Si le col n'est pas complètement effacé et a conservé une forme tubulée, la dilatation est longue, douloureuse.

Dans tous les cas où les lèvres du col sont épaisses et fermes, ou résistantes et sensibles, la dilatation exige du temps et de la patience. Si on voulait la hâter au moyen des doigts, on n'aboutirait qu'à provoquer des douleurs, de l'inflammation, un spasme de l'orifice.

Chez les primipares, le vagin et surtout la vulve opposent une assez grande résistance, notamment chez les femmes grasses, à chairs fermes. Il faut se garder de vouloir aller trop vite, sinon des lésions plus ou moins étendues se produisent. Il en est de même lorsque les parties sont infiltrées, car elles se déchirent alors avec la plus grande facilité; quelques mouchetures avec la pointe d'une lancette permettront la sortie de la sérosité et le dégonflement des tissus.

Le col, le vagin et la vulve peuvent être le siège de maladies diverses, d'anomalies congénitales ou acquises, qui seront examinées ultérieurement.

Toutes les particularités provenant du mobile, de la force expulsive, du canal à parcourir, peuvent, isolées ou en se combinant, amener un simple retard dans le travail, ou bien devenir des causes plus ou moins importantes de *dystocie*, c'est-à-dire rendre l'accouchement difficile, dangereux et exiger une intervention plus ou moins énergique.

Dans le cas le plus heureux, dans l'accouchement naturel, type en quelque sorte, la femme est bien portante, bien constituée; parfaitement conformée; le fœtus est à terme, de volume ordinaire, le sommet est en première position et déjà engagé dans le haut de l'excavation; le col est au centre, tout à fait effacé, dilatable; la poche est plate et résiste jusqu'à la dilatation plus ou moins complète; les contractions sont régulières; le canal est normal, ramolli, lubrifié; enfin, aucune anomalie ne peut être relevée.

Plus un accouchement s'éloigne de ce type, moins il y a de chance qu'il se termine facilement, rapidement.

Soins à donner pendant la dilatation.

Pendant le travail, la femme doit être parfaitement à l'aise, n'éprouver aucune contrainte morale ni physique. Peu de personnes doivent rester dans la chambre et il faut écarter soigneusement toutes celles qui pourraient être importunes ou antipathiques; l'accoucheuse, le mari et la mère de la patiente suffisent dans la grande majorité des cas. Parfois la présence du mari ou de la mère n'est pas désirée, la belle-mère cherche à assister à l'accouchement et est gênante, une sœur ou une amie est préférée. Avec un peu de perspicacité, le praticien devine le désir de la parturiente et il doit chercher à la satisfaire. En effet, le système nerveux est surexcité, la sensibilité est fort grande et toute impression pénible, ou seulement désagréable, réagit sur le travail, peut ralentir les contractions et amener de l'inertie utérine.

La femme continuant à se lever et à marcher, doit être vêtue suffisamment: les vêtements doivent être amples, ne serrer en aucun endroit; un jupon et une camisole, ou un peignoir large au-dessus de la chemise; des bas et des pantoufles, un foulard autour du cou constituent l'habillement ordinaire.

Le foulard doit être modérément serré; beaucoup de femmes y attachent une grande importance, surtout pendant la période d'expulsion, quand elles sont obligées de pousser; elles sont persuadées que par ce moyen elles éviteront le gonflement du cou qui succède parfois aux efforts. Nous ne voyons pas d'inconvénient à les contenter.

Les cheveux doivent être mis en ordre, réunis en tresses, afin de